

# Maagkanker

KWF  
KANKER  
BESTRIJDING



## Inhoud

Voor wie is deze brochure?	3
Wat is kanker?	4
Het lymfestelsel	6
De maag	8
Maagkanker	12
Oorzaken	14
Klachten	16
Onderzoek voor de diagnose	18
Verder onderzoek	20
Behandeling	25
Verloop van de ziekte	35
Onderzoek naar nieuwe behandelingen	37
Pijn	41
Voeding	43
Seksualiteit	51
Een moeilijke periode	52
Wilt u meer informatie?	56

### © KWF Kankerbestrijding, najaar 2009

Deze informatie is gebaseerd op door de VIKC gepubliceerde medische richtlijnen. De tekst is tot stand gekomen met medewerking van deskundigen uit diverse beroepsgroepen, waaronder huisartsen, specialisten, verpleegkundigen en andere paramedici en vertegenwoordigers van kankerpatiëntenorganisaties.

KWF Kankerbestrijding gaat voorop in de strijd. Dat doen we niet alleen. Maar samen met patiënten, artsen, wetenschappers, collectanten, donateurs, bedrijven en vrijwilligers. Samen strijden we voor minder kanker, meer genezing en een betere kwaliteit van leven.

#### **KWF Kanker Infolijn 0800 – 022 66 22 (gratis)**

Informatie en advies voor kankerpatiënten en hun naasten

**KWF Geverslijn: 0900 – 202 00 41 (€ 0,01/m)**

**Giro 26000**

**[www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl)**

## Voor wie is deze brochure?

Deze brochure is bedoeld voor mensen die onderzocht of behandeld worden omdat zij (mogelijk) maagkanker hebben.

De diagnose kanker, of de mogelijkheid dat daar sprake van is, roept bij de meeste mensen onmiddellijk vragen en emoties op. In korte tijd krijgt u veel te horen: over de ziekte, de onderzoeken die mogelijk volgen en de behandeling die uw arts u adviseert. Het is niet altijd makkelijk die informatie te begrijpen, te onthouden en te verwerken. Deze brochure is bedoeld als ondersteuning.

U kunt de brochure natuurlijk ook laten lezen aan mensen in uw omgeving.

Misschien heeft u na het lezen van deze brochure nog vragen. Als dat vragen zijn over uw eigen diagnose of behandeling, stel die dan aan uw specialist of huisarts. Schrijf uw vragen vooraf op, zodat u niets vergeet.

Als patiënt heeft u onder meer recht op goede en volledige informatie over uw ziekte en behandeling, zodat u zelf kunt meebeslissen. Deze rechten zijn wettelijk vastgelegd. Voor meer informatie, kijk achter in deze brochure bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over kanker kunt u vinden op [www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl).

# Wat is kanker?

Kanker is een verzamelnaam voor meer dan honderd verschillende ziekten. Al deze verschillende soorten kanker hebben één gemeenschappelijk kenmerk: een ongeremde deling van lichaamscellen.

## Celdeling

Ons lichaam is opgebouwd uit miljarden bouwstenen: de cellen. Voortdurend maakt ons lichaam nieuwe cellen. Op die manier kan het lichaam groeien en beschadigde en verouderde cellen vervangen. Nieuwe cellen ontstaan door celdeling. Bij celdeling ontstaan uit één cel twee nieuwe cellen, uit deze twee cellen ontstaan er vier, dan acht, enzovoort.

## Geregelde celdeling

Gewoonlijk regelt het lichaam de celdeling goed. Elke celkern bevat informatie die bepaalt wanneer de cel moet gaan delen en wanneer zij daar weer mee moet stoppen. Deze informatie ligt vast in onze genen en wordt doorgegeven van ouder op kind. Dit erfelijk materiaal (DNA) komt voor in de kern van elke lichaamscel.

## Ontregelde celdeling

Bij zoveel miljoenen celdelingen per dag, kan er iets mis gaan. Dit kan door toeval, maar ook door allerlei schadelijke invloeden: bijvoorbeeld door roken of overmatig zonlicht.

Doorgaans zorgen 'reparatiegenen' voor herstel van de schade. Soms echter faalt dat beschermings-systeem. Dan gaan genen die de deling, groei en ontwikkeling van een cel regelen, fouten vertonen. Treden er verschillende van dat soort fouten op in dezelfde cel, dan gaat deze zich ongecontroleerd delen en ontstaat er een **gezwel** of **tumor**.

## Goed- en kwaadaardig

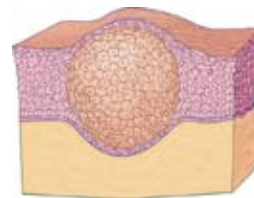
Er zijn goedaardige en kwaadaardige tumoren. Alleen bij kwaadaardige tumoren is er sprake van kanker. Tumor is een ander woord voor gezwel.

- **Goedaardige** gezwellen, bijvoorbeeld wratten, groeien niet door andere weefsels heen en verspreiden zich niet door het lichaam. Wél kan zo'n tumor tegen omliggende weefsels of organen drukken. Dit kan een reden zijn om het gezwel te verwijderen.
- Bij **kwaadaardige** tumoren zijn de genen die de cellen onder controle houden zo beschadigd, dat de cellen zich zeer afwijkend gaan gedragen. Zij kunnen omliggende weefsels en organen binnendringen en daar ook groeien. Zij kunnen ook uitzaaien.

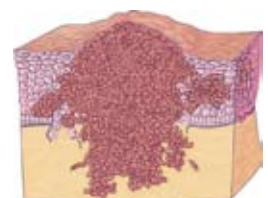
## Uitzaaiingen

Van een kwaadaardige tumor kunnen cellen losraken. Die kankercellen kunnen via het bloed en/of de lymfe ergens anders in het lichaam terechtkomen en ook daar uitgroeien tot gezwellen. Dit zijn **uitzaaiingen** (metastasen).

Dus, als iemand met maagkanker (later) ook een tumor in de lever heeft, gaat het vrijwel nooit om leverkanker, maar om maagkankercellen in de lever. Deze worden ook als maagkanker behandeld.



1. **Goedaardig gezwel**  
De gevormde cellen dringen omliggend weefsel niet binnen.



**Kwaadaardig gezwel**  
De gevormde cellen dringen omliggend weefsel wel binnen.

## Het lymfestelsel

Kankercellen kunnen worden verplaatst via het bloed en/of de lymfe. Het systeem van bloedvaten is u waarschijnlijk wel bekend. Hoe het lymfestelsel eruit ziet en werkt, kunt u hier lezen.

Het lymfestelsel bestaat uit lymfevaten, lymfeklieren en lymfeklierweefsel dat zich in verschillende organen bevindt. Op illustratie 2 wordt het lymfestelsel schematisch weergegeven.

Het lymfestelsel speelt een belangrijke rol bij de afweer van ons lichaam. Onze afweer verdedigt ons tegen virussen, bacteriën en andere organismen die ons ziek kunnen maken.

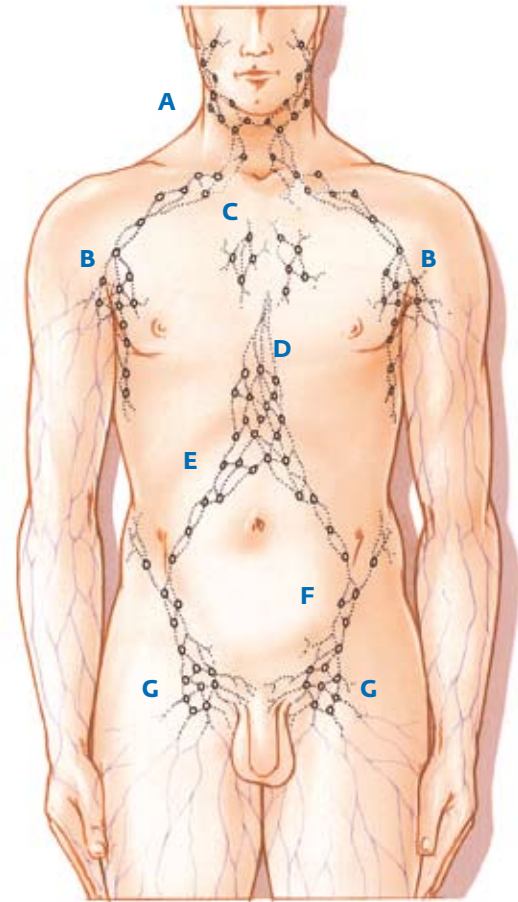
**Lymfevaten** vormen de kanalen van het lymfestelsel. Deze vaten worden vanuit het lichaamsweefsel gevuld met een kleurloze vloeistof: lymfe. De lymfe neemt vocht en afvalstoffen uit het lichaam op. Via steeds grotere lymfevaten komt de lymfe uiteindelijk in de bloedbaan terecht. Voordat de lymfe in het bloed komt, passeert zij ten minste één lymfeklier.

**Lymfeklieren** zijn de zuiveringsstations van het lymfestelsel: daarin worden ziekteverwekkers - vooral bacteriën en virussen - onschadelijk gemaakt. Op diverse plaatsen in ons lichaam komen groepen lymfeklieren voor, de 'lymfeklierregio's':

- in de hals (A)
- in de oksels (B)
- langs de luchtpijp (C)
- bij de longen (D)
- bij de darmen en achter in de buikholte (E)
- in de bekkenstreek (F)
- in de liezen (G)

**Lymfeklierweefsel** komt - behalve in de lymfeklieren - ook voor in andere organen, zoals in de keelholte, de milt, de darmwand en het beenmerg.

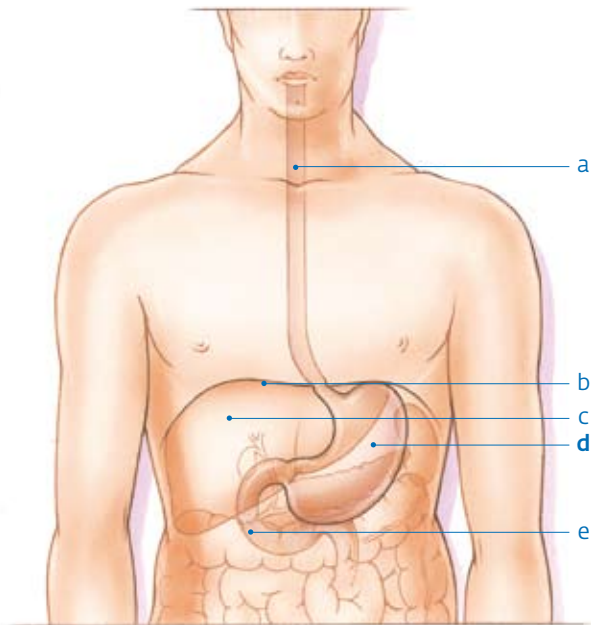
Kankercellen kunnen losraken van een tumor en in een lymfevat terecht komen. In de lymfeklier(en) waar de kankercellen als eerste langskomen, kan dan een nieuwe tumor ontstaan: een lymfeklieruitzaaiing.



Het lymfestelsel

## De maag

De maag is een onderdeel van het spijsverteringskanaal en ligt linksboven in de buik, vlak onder het middenrif. Het middenrif is een grote 'koepelvormige' ademhalingspier. Deze spier vormt de scheiding tussen de borst- en de buikholte. Op de onderstaande illustratie is te zien waar de maag in de bovenbuik ligt.



### 3. Organen in de bovenbuik

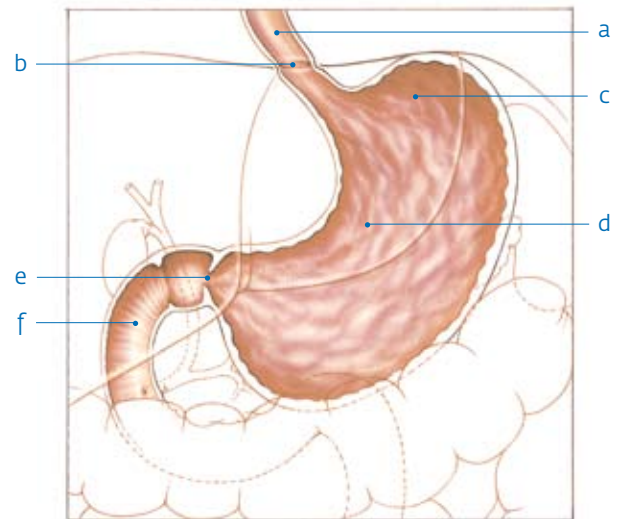
- a. slokdarm
- b. middenrif
- c. lever
- d. maag**
- e. twaalfvingerige darm

### Hoe ziet de maag er uit?

De maag bestaat uit verschillende gedeelten:

- De maagingang: dit is het gebied waar de slokdarm uitmondt in de maag (cardia).
- De maagkoepel: dit is het gedeelte dat tegen het middenrif aanligt (fundus).
- Het middelste deel van de maag (corpus).
- De maaguitgang met de sluitspier (pylorus): hier verlaat het voedsel de maag en komt in de twaalfvingerige darm terecht. Dit is het eerste deel van de dunne darm.

Hieronder ziet u een gedetailleerde illustratie van de maag.



### 4. De maag

- a. slokdarm
- b. maagingang
- c. maagkoepel
- d. middelste deel
- e. sluitspier
- f. twaalfvingerige darm

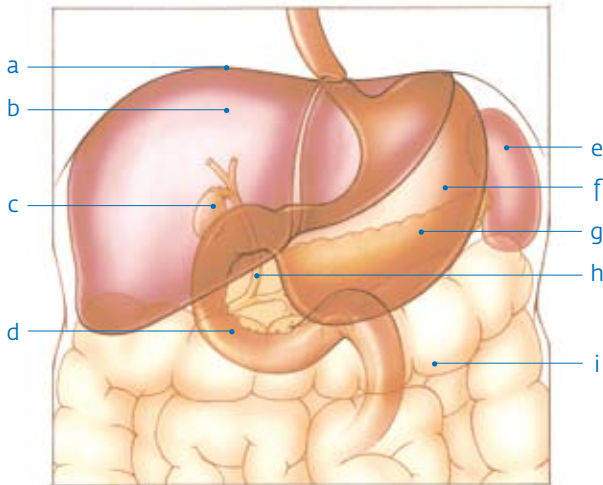
De maagwand bestaat uit een slijmvlieslaag, drie spierlagen, zenuwen en bloedvaten. De maag wordt bedekt door het buikvlies.

Rondom de maag bevindt zich een groot aantal lymfeklieren.

Aan de onderzijde van de maag 'hangt' een vetschort. Dit vetschort bedekt een groot deel van de darmen.

Organen die vlakbij de maag liggen zijn: de lever, de galblaas, de grote galbuis, de alvleesklier, de twaalfvingerige darm, het horizontale deel van de dikke darm en de milt.

Op illustratie 5 ziet u een overzicht van deze organen. De dikke darm ligt onder tegen de maag aan.



##### 5. De maag en omliggende organen

- |                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| a. middenrif            | f. maag          |
| b. lever                | g. alvleesklier  |
| c. galblaas             | h. grote galbuis |
| d. twaalfvingerige darm | i. dikke darm    |
| e. milt                 |                  |

### Hoe werkt de maag?

In de maag vindt de tijdelijke opslag en voorbereiding van het voedsel plaats.

Het slijmvlies van de maag produceert maagsap. Dit bestaat uit zoutzuur, slijm en stoffen die zijn betrokken bij de eerste fase van de voedselvertering.

Het voedsel in de maag wordt door de spierlagen gekneet en vermengd met het maagsap. De sluitspier zorgt ervoor dat de voedselbrij enige tijd in de maag blijft, zodat het maagsap zijn werk kan doen. De voedselbrij die zo ontstaat verlaat met tussenpozen de maag.

### Spijsvertering

Vanuit de maag komt de voedselbrij in de twaalfvingerige darm terecht.

In dit gedeelte van de dunne darm mondt de grote galbuis uit. De gal, geproduceerd door de lever, wordt hier toegevoegd aan de voedselbrij. Ook de afvoergang van de alvleesklier komt uit in de twaalfvingerige darm. De gal en de vloeistof die wordt geproduceerd door de alvleesklier spelen een rol bij de vertering van het voedsel.

De laatste fase van de spijsvertering vindt plaats in de dikke darm. Daar worden nog water en zouten aan het restant voedsel dat uit de dunne darm komt, onttrokken en in het bloed opgenomen. Wat overblijft, verlaat het lichaam als ontlasting.

# Maagkanker

In Nederland wordt per jaar bij ongeveer 1.500 mensen maagkanker vastgesteld.

Deze soort kanker komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen.

Het merendeel van de mensen die maagkanker krijgen, is ouder dan 60 jaar.

Er bestaan verschillende soorten tumoren van de maag. Ze onderscheiden zich door het type weefsel waaruit ze bestaan.

De vorm van maagkanker die het meest (circa 95% van alle vormen) voorkomt, heet **adenocarcinoom**.

Het adenocarcinoom ontstaat in het slijmvlies van de maag.

Deze brochure gaat alleen over deze vorm van maagkanker.

## Groeiwijze en uitzaaiingen

In een vroeg stadium van maagkanker beperkt maagkanker zich tot een klein gebied in de maag, zonder doorgroei in de maagwand.

Een gezwel in de maag kan vervolgens op verschillende wijzen groeien:

- Een tumor kan via de maagwand in het onderste deel van de slokdarm groeien. Dit kan met name gebeuren bij een gezwel in het gebied van de maagingang.
- Een tumor kan via de maagwand in het bovenste deel van de dunne darm groeien. Dit kan met name gebeuren bij een gezwel in het gebied van de maaguitgang.
- Een tumor kan dwars door de maagwand groeien en de buitenkant van de maag bereiken. Het komt voor dat het gezwel in aangrenzende organen groeit, bijvoorbeeld in de alveesklier, de dikke darm, de milt of de lever.

Wanneer de tumor doorgroeit, neemt de kans toe dat er kankercellen losraken en worden verspreid. Op deze manier ontstaan uitzaaiingen (zie pagina 5);

- Verspreiding van kankercellen kan plaatsvinden via de **lymf**e. De kankercellen komen dan in eerste instantie terecht in de lymfeklieren rond de maag en kunnen daar uitgroeien tot uitzaaiingen. Via deze lymfeklieren kunnen kankercellen in een later stadium ook andere lymfekliergebieden in het lichaam bereiken.
- Ook via het **bloed** kan verspreiding van kankercellen plaatsvinden. Er kunnen dan uitzaaiingen ontstaan in organen zoals de lever en de longen.
- Kankercellen kunnen ook losraken en zich in de **buikholte** verspreiden en daar uitgroeien tot uitzaaiingen. Er kan daardoor vocht in de buik ontstaan waardoor deze in omvang toeneemt en pijnlijk kan aanvoelen.

## Oorzaken

Het is niet mogelijk om de exacte oorzaak van het ontstaan van maagkanker aan te wijzen. Wel zijn er risicofactoren bekend die het risico op het ontstaan van deze soort kanker vergroten.

### Risicofactoren

Het is bekend dat sommige mensen een groter risico op maagkanker hebben:

- Mensen die roken.
- Mensen bij wie bepaalde typen maagpoliepen (adenomateuze poliepen) voorkomen. Een maagpoliep is een (nog) goedaardig gezwel van de maag.
- Mensen bij wie vele jaren geleden (een deel van) de maag is verwijderd.
- Mensen met een bepaald type ontsteking van het maagslijmvlies: chronische atrofische gastritis.
- Mensen die besmet zijn met de bacterie **Helicobacter pylori**. Deze bacterie speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van maagkanker. Dat wil echter niet zeggen dat aanwezigheid van deze bacterie altijd maagkanker tot gevolg heeft. Besmetting met deze bacterie vindt in Westerse landen overigens steeds minder plaats, zodat het aantal mensen met maagkanker in deze gebieden daalt.

### Een erfelijke aanleg

Bij ongeveer 1 tot 5% van de mensen die maagkanker hebben is de ziekte ontstaan door een erfelijke aanleg. Er zijn enkele zeldzame **erfelijke aandoeningen** waarbij diverse soorten tumoren kunnen optreden, waaronder maagkanker.

Deze aandoeningen zijn:

- het Lynch syndroom (voorheen HNPCC)
- het Peutz-Jeghers syndroom

Daarnaast zijn er families met een erfelijke aanleg voor maagkanker waarbij geen of zelden andere soorten kanker optreden.

Als u vragen heeft over erfelijkheid bij het ontstaan van uw ziekte, bespreek die dan met uw huisarts of specialist.

Meer informatie over het Lynch syndroom kunt u vinden op onze website: [www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl).

### Voeding

Er zijn aanwijzingen dat te veel zout in de voeding het risico op maagkanker verhoogt.

Het gaat dan om een indirect effect: zout zou een beschadigend effect op de maagwand hebben. Daardoor kunnen infecties van de maagwand en een grotere gevoeligheid voor kankerverwekkende stoffen in de maag ontstaan.

Maagkanker is, evenals alle andere soorten kanker, **niet besmettelijk**. Ook via braaksel of ontlasting is geen besmetting mogelijk.



## Klachten

Maagkanker geeft in een vroeg stadium meestal geen klachten.

Op een bepaald moment **kunnen** een of meer van de volgende symptomen ontstaan:

- Gewichtsverlies door verminderde eetlust en afkeer van bepaald voedsel.  
Vooral producten die sterk ruiken, zoals koffie, gebraden vlees, bouillon, spruitjes, bloemkool, kruiden en specerijen kunnen tegenzin opwekken.
- Een pijnlijk gevoel in de maagstreek, misselijkheid en een vol gevoel in de bovenbuik.  
Sommige mensen hebben meer dan anders last van het 'opboeren' van lucht. Ook 'zuurbranden' kan optreden. Er is dan sprake van een branderig, drukkend of krampachtig gevoel achter het borstbeen. 'Zuurbranden' wordt veroorzaakt doordat maagzuur terugvloeit in de slokdarm.
- Bij een tumor in het gebied van de maagingang kunnen 'passageklachten' optreden. U kunt het gevoel hebben dat het eten niet wil zakken en blijft steken achter het borstbeen.
- Vermoeidheid en duizeligheid ten gevolge van bloedarmoede.  
De bloedarmoede ontstaat door bloedverlies in de maag. Het bloedverlies zélf hoeft u niet te merken. Wanneer u meer bloed verliest, kan dit uw ontlasting zwart kleuren. De bloedkleurstof wordt in de maag en darmen namelijk omgezet in een zwarte kleurstof. Zwarte ontlasting komt echter ook voor als gevolg van het gebruik van ijzertabletten (staalpillen).

De genoemde symptomen hoeven niet te wijzen op maagkanker. Ze kunnen ook veroorzaakt worden door andere aandoeningen.

Wanneer de genoemde klachten drie tot vier weken aanhouden, is onderzoek door uw huisarts nodig. Heeft u zwarte ontlasting zónder gebruik van ijzerpillen, dan is het verstandig om direct uw huisarts te raadplegen.

## Onderzoek voor de diagnose

Als u met een of meer van de hiervoor genoemde symptomen bij uw huisarts komt, zal deze u eerst lichamelijk onderzoeken.

Zo nodig zal hij u verwijzen naar een specialist, meestal een internist of een maag-darm-leverarts. Deze arts zal u verder onderzoeken als uw klachten daar aanleiding toe geven.

De volgende onderzoeken **kunnen** dan plaatsvinden:

- laboratoriumonderzoek
- gastroscopie
- X-thorax (thoraxfoto)

### Laboratoriumonderzoek

De arts zal een algemeen bloedonderzoek laten verrichten. Soms wordt ook de ontlasting onderzocht op eventuele bloedsporen.

### Gastroscopie

Bij dit onderzoek kijkt de arts via een flexibele slang (**gastroscoop**) in de slokdarm, de maag en de twaalfvingerige darm. Voor dit onderzoek moet u nuchter zijn.

De gastroscoop wordt via de mond ingebracht. De arts bekijkt de wand van de slokdarm en de maag via een kleine camera aan het eind van de gastroscoop. Hij kan de gastroscoop sturen door middel van speciale apparatuur. Ook kunnen via de gastroscoop instrumentjes worden ingebracht waarmee de arts stukjes weefsel (**biopsie**) weg kan nemen voor nader onderzoek. Het weefsel wordt onder de microscoop onderzocht door een patholoog.

Veel mensen ervaren dit onderzoek als onaangenaam. U kunt vragen om een slaapmiddel (roesje).

### X-thorax (thoraxfoto)

Een thoraxfoto wordt ook wel 'longfoto' genoemd. Het is een röntgenfoto van de borstkas waarmee

wordt gekeken of er uitzaaiingen in de longen of daarbij gelegen lymfeklieren zijn.

Gewoonlijk worden er twee overzichtsfoto's van de borstkas gemaakt. Eén waarbij de röntgenstralen van achteren naar voren door de borstkas gaan en één waarbij de röntgenstralen zijwaarts door de borstkas gaan.

Het onderzoek is pijnloos. U wordt gevraagd uw bovenkleden uit te doen en metalen sieraden af te doen. Deze kunnen namelijk het beeld verstoren. Om duidelijke foto's te krijgen, moet u diep inademen en uw adem even inhouden.

## Verder onderzoek

Na de diagnose maagkanker is vaak nader onderzoek nodig. Het doel daarvan is om vast te stellen hoe ver de tumor zich heeft uitgebreid en of er uitzaaiingen zijn. Aan de hand van deze gegevens kan uw arts bepalen welke behandeling het meest geschikt is.

Dit **kunnen** de volgende onderzoeken zijn:

- echografie van de buik
- CT-scan (computertomografie)
- PET-scan (Positron Emissie Tomografie)
- endo-echografie

### Echografie van de buik

Echografie is een onderzoek met behulp van geluidsgolven. Deze golven zijn niet hoorbaar, maar de weerkaatsing (echo) ervan maakt organen en/of weefsels zichtbaar op een beeldscherm. De tumor en/of eventuele uitzaaiingen kunnen zo in beeld worden gebracht.

Uw arts zal met name een beeld van de plaats, grootte en uitgebreidheid van een eventuele afwijking in de lever willen krijgen, omdat bij maagkanker uitzaaiingen in de lever kunnen voorkomen. Ook kunnen klieren in de hals worden onderzocht.

Een echografie wordt soms ook gebruikt om vocht in de buikholte op te sporen. Dit kan duiden op uitzaaiingen op het buikvlies. Het onderzoek is niet geschikt om de maag zelf te onderzoeken.

Tijdens het onderzoek ligt u op een onderzoektafel. Nadat op uw huid een geleid is aangebracht, wordt daarover een klein apparaat bewogen dat geluidsgolven uitzendt. De afbeeldingen op het beeldscherm kunnen op foto's worden vastgelegd.

Echografie is een eenvoudig, niet belastend onderzoek. Wel is het soms noodzakelijk dat u enkele uren voor het onderzoek niet eet en drinkt.

### CT-scan (computertomografie)

Als uw specialist wil weten of de tumor mogelijk ook in andere organen in de buik is doorgegroeid of is uitgezaaid, wordt een CT-scan van de buikorganen gemaakt, inclusief de lever. Om deze reden is een echografie van de lever na dit onderzoek meestal niet meer nodig.

Een computertomograaf is een apparaat waarmee organen en/of weefsels zeer gedetailleerd in beeld worden gebracht. Bij het maken van een CT-scan wordt gelijktijdig gebruikgemaakt van röntgenstraling en een computer. Het apparaat heeft een ronde opening waar u, liggend op een beweegbare tafel, doorheen wordt geschoven. Terwijl de tafel verschuift, maakt het apparaat een serie foto's waarop telkens een ander 'plakje' van het orgaan of weefsel staat afgebeeld. Deze 'doorsneden' geven een beeld van de plaats, grootte en uitbreiding van de tumor en/of mogelijke uitzaaiingen.

Vaak is een contrastvloeistof nodig. Meestal krijgt u deze vloeistof tijdens het onderzoek in een bloedvat van uw arm gespoten. Contrastvloeistof kan een warm en weeïg gevoel veroorzaken. Sommige mensen worden er een beetje misselijk van. Om ervoor te zorgen dat u hier zo min mogelijk last van heeft, is het advies enkele uren voor het onderzoek niet te eten en te drinken.

Er zijn mensen die overgevoelig zijn voor de contrastvloeistof. Als u denkt dat u eerder zo'n overgevoelighedsreactie heeft gehad (koorts, zweten, duizeligheid), is het belangrijk dit voor het onderzoek aan uw arts te melden.

### **PET-scan (Positron Emissie Tomografie)**

De PET-scan kan al in een vroeg stadium uitzaaiingen aantonen. Dit kan tot gevolg hebben dat van een operatie wordt afgezien.

De meeste kankercellen hebben een verhoogde stofwisseling, waarbij veel suiker wordt verbruikt. Door aan suikermoleculen een radioactieve stof te koppelen, is het mogelijk om kankercellen via een PET-scan zichtbaar te maken. De tumor neemt tegelijk met de suikermoleculen, de radioactieve stof op. Deze stof zorgt ervoor dat de kankercellen te zien zijn.

Als voorbereiding op de PET-scan is het belangrijk dat u minimaal zes uur voor het onderzoek niet meer eet. Drinken is wel toegestaan, zolang de dranken geen suiker bevatten. Als u suikerziekte (diabetes) heeft, zal de voorbereiding in overleg met de verwijzend arts plaatsvinden.

Via een ader in uw arm wordt de radioactieve stof met de suikermoleculen toegediend. Daarna moet u enige tijd stil liggen. Ter bescherming van de omgeving vindt deze voorbereiding plaats in een aparte kamer. Na ongeveer een uur hebben de kankercellen voldoende radioactieve stof opgenomen en start het onderzoek. Daarvoor ligt u op een onderzoektafel. De camera wordt om u heen geplaatst. Vlak voor het maken van de foto's wordt u gevraagd te plassen, omdat anders de hoeveelheid radioactiviteit in de blaas het onderzoek kan verstoren. Na het onderzoek is de radioactieve stof grotendeels uit uw lichaam verdwenen; er is geen gevaar voor u of uw omgeving.

### **Endo-echografie**

Vooral bij een tumor in het gebied van de maag- en darmgang kan men met endo-echografie soms een beter beeld krijgen van de uitgebreidheid van de tumor.

Tegelijkertijd kunnen de lymfklieren in de buurt van de tumor worden bestudeerd.

Het onderzoek is eigenlijk een combinatie van een gastroscopie (zie pagina 18) en een echografie (zie pagina 20).

Voor het onderzoek moet u nuchter zijn. Meestal krijgt u een slaapmiddel toegediend. Hierdoor zult u weinig van het onderzoek merken. Via de gastroscopie wordt de maag gevuld met water. In water worden geluidsgolven namelijk beter overgebracht. Vervolgens worden via een echo-apparaatje aan het eind van de gastroscopie de maag en de omgeving van de maag van binnenuit zichtbaar gemaakt op een beeldscherm.

In verband met mogelijke toediening van slaapmedicatie bij dit onderzoek krijgt u het advies iemand mee te nemen.

### **Stadium-indeling**

Om te kunnen bepalen welke behandeling(en) hij u voorstelt, moet uw specialist weten uit welke soort cellen de tumor is ontstaan, hoe kwaadaardig deze zijn en wat het stadium van de ziekte is. Onder het stadium verstaat men de mate waarin de ziekte zich in het lichaam heeft uitgebreid.

De specialist stelt het stadium van de ziekte vast door onderzoek te doen naar:

- De plaats en de grootte van de tumor.
- De mate van doorgroei in het omringende weefsel.
- De aanwezigheid van uitzaaiingen in lymfeklieren en/of organen ergens anders in het lichaam.

De stadium-indeling is belangrijk voor de inschatting van de prognose en het bepalen van de behandeling.

## Spanning en onzekerheid

Het kan enige tijd duren voordat u alle noodzakelijke onderzoeken heeft gehad en de aard en het stadium van uw ziekte bekend zijn.

Waarschijnlijk heeft u vragen over de aard van uw ziekte, het mogelijke verloop daarvan en de behandel mogelijkheden. Vragen die tijdens de periode van onderzoeken nog niet te beantwoorden zijn.

Dat kan spanning en onzekerheid met zich meebrengen, zowel bij u als bij uw naasten. Het kan helpen als u weet wat er bij de verschillende onderzoeken gaat gebeuren. Die informatie krijgt u niet altijd vanzelf. Vraag er daarom gerust naar op de afdelingen waar de verschillende onderzoeken plaatsvinden.

## Behandeling

De meest toegepaste behandelingen bij maagkanker zijn:

- operatie (chirurgie)
- chemotherapie (behandeling met celdodende of celdelingremmende medicijnen)
- bestraling (radiotherapie)
- chemoradiatie

Vaak is een combinatie van deze behandelingen nodig.

Bij maagkanker is een operatie de meest voorkomende behandeling.

Steeds vaker wordt vóór de operatie chemotherapie gegeven. Doel daarvan is om eventuele zeer kleine uitzaaiingen (micrometastasen) te vernietigen en de tumor te verkleinen.

Chemotherapie als enige vorm van therapie vindt vooral plaats in het kader van onderzoek naar nieuwe behandelingen. En dan vooral bij mensen met uitzaaiingen bij wie een operatie niet mogelijk is. Radiotherapie als enige vorm van therapie wordt bij de behandeling van maagkanker weinig gebruikt omdat radiotherapie nauwelijks effect heeft op de ziekte. Het kan echter wel bepaalde klachten opheffen of doen verminderen, zoals bloedverlies en pijn.

## Doel van de behandeling

Wanneer een behandeling tot doel heeft genezing te bereiken, dan wordt dat een **curatieve** behandeling genoemd.

Onderdeel daarvan kan een aanvullende behandeling zijn (adjuvante behandeling). Bijvoorbeeld chemotherapie voor een operatie om de tumor te verkleinen (neo-adjuvante behandeling).

Als de ziekte niet (meer) curatief kan worden behandeld, is een **palliatieve** behandeling mogelijk. Zo'n behandeling is gericht op het remmen van de ziekte en/of vermindering of het voorkomen van klachten.

## Behandelplan

Bij het vaststellen van het behandelplan zijn verschillende specialisten betrokken. Zij maken hierbij gebruik van gezamenlijk vastgestelde landelijke richtlijnen.

De artsen stellen u een bepaalde behandeling voor op grond van:

- Het stadium van de ziekte (zie pagina 23).
- De plaats van de tumor.
- Uw algemene lichamelijke conditie.

## Operatie (chirurgie)

Vóór de operatie is niet altijd met zekerheid bekend of de ingreep curatief (genezend) zal zijn. Het komt voor dat de chirurg tijdens de operatie vaststelt dat de tumor niet (geheel) te verwijderen is of dat er uitzaaiingen zijn.

Op dat moment kan worden besloten tot een palliatieve operatie, die meestal minder uitgebreid is.

**Voeding** – Het is voor het herstel na de operatie van belang om vóór de operatie in een zo goed mogelijke voedingsconditie te verkeren. Als u voor de operatie niet voldoende kunt eten, krijgt u tijdelijk sondevoeding. Dit is vloeibare voeding die door een sonde (dun slangetje) via de neus in de maag komt. Sondevoeding bevat voldoende calorieën en alle voedingsstoffen die nodig zijn.

Voor de voeding ná de operatie wordt soms een voedingsfistel aangelegd. Dit is een kunstmatige opening in de buikwand. De vloeibare voeding wordt door een sonde via de fistel in de dunne darm gebracht. Als sondevoeding niet mogelijk is, kunnen voedingsstoffen via een infuus rechtstreeks in het bloed worden gebracht.

**Curatief** – De meest voorkomende behandeling die in opzet curatief is, is een operatie. Steeds vaker wordt voorafgaand (neo-adjvant) aan de operatie chemotherapie gegeven. De chemotherapie bestaat meestal uit een drietal kuren. Deze chemotherapie heeft tot doel om eventuele micrometastasen te behandelen en de tumor eventueel te verkleinen.

Een operatie kan ook worden gevolgd door chemotherapie of bestraling of een combinatie van deze behandelingen.

Of een gecombineerde behandeling mogelijk is, hangt onder andere af van het stadium van de ziekte, de leeftijd en de algemene conditie van de patiënt. In een aantal gevallen wordt daarom alleen een operatie verricht.

Bij een in opzet curatieve operatie wordt de tumor verwijderd met een deel van het daaromheen liggende gezonde maagweefsel (resectie = een medische term voor verwijdering).

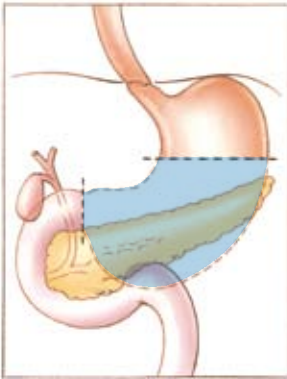
Afhankelijk van de plaats en de uitbreiding van de tumor zijn twee typen operaties mogelijk:

- Bij een **subtotale maagresectie** wordt een deel van de maag verwijderd. Meestal wordt een subtotale maagresectie uitgevoerd bij een tumor in het onderste deel van de maag: een **distale maagresectie**. Als de tumor in het bovenste deel van de maag zit, kan zelden een subtotale maagresectie worden uitgevoerd.
- Bij een **totale maagresectie** wordt de gehele maag verwijderd.

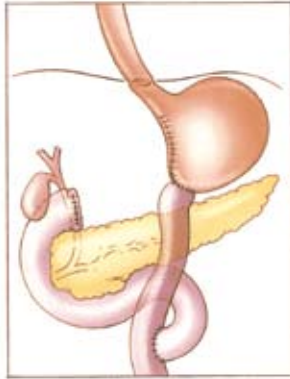
Zie de volgende pagina's voor uitleg van deze operaties.

Bij een **distale maagresectie** worden het onderste deel van de maag, de maaguitgang en het begin van de twaalfvingerige darm weggenomen (het gekleurde deel in illustratie 7). Ook worden een aantal lymfeklieren en het vetschort verwijderd.

Het overgebleven bovenste deel van de maag wordt verbonden met de dunne darm, meestal door middel van een zogenoemde Roux-Y verbinding.



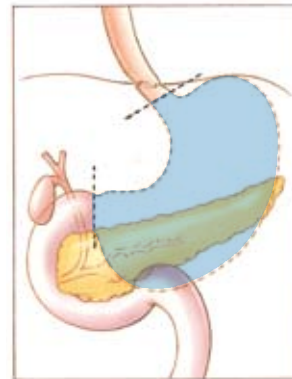
7.  
Distale maagresectie



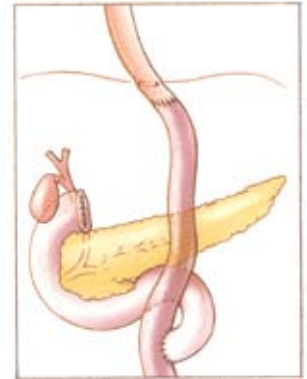
7a.  
Roux-Y verbinding

Bij een **totale maagresectie** worden de gehele maag en een deel van de twaalfvingerige darm (het gekleurde deel in illustratie 8) verwijderd. Er wordt een nieuwe verbinding tussen de slokdarm en een verder gelegen stuk dunne darm gemaakt, meestal volgens het Roux-Y-principe. Omdat de hele maag is weggenomen, vormen slokdarm en dunne darm na de operatie een doorlopende buis. De chirurg zal tijdens de operatie beslissen welke verbindingstechniek hij gebruikt.

Soms is het nodig ook de milt en een deel van de alveesklier weg te nemen als de tumor daarin is doorgroeid. Wanneer de tumor in de lever of dikke darm is doorgroeid, wordt soms ook een deel van deze organen verwijderd.



8.  
Totale maagresectie



8a.  
Situatie na totale maagresectie

Het is mogelijk zonder maag of met slechts een deel van de maag te leven. Afhankelijk van de soort operatie die is verricht, ontstaan na de operatie soms problemen met eten. Aanpassingen zijn dan nodig. In het hoofdstuk 'Voeding' wordt hier uitgebreid aandacht aan besteed.

**Palliatief** – Uit de onderzoeken die zijn verricht, kan blijken dat een curatieve operatie niet mogelijk is. De artsen kunnen u dan adviseren een palliatieve operatie te ondergaan om uw klachten te verminderen of om klachten te voorkomen. Zoals eerder werd vermeld, kan ook tijdens de operatie pas blijken dat een curatieve ingreep niet mogelijk is. Vaak wordt dan tijdens de operatie besloten tot een palliatieve ingreep.

Een palliatieve operatie kan betekenen dat de chirurg alleen de tumor verwijdert. Wanneer de tumor de maaguitgang blokkeert, kan de chirurg een rechtstreekse verbinding maken tussen het middelste deel van de maag en een bepaald stuk van de dunne darm. Deze verbinding wordt een 'overloopje' genoemd. Andere benamingen zijn 'bypass-operatie' of 'gastro-enterostomie'. De verbinding zorgt ervoor dat het voedsel via een omweg de darmen kan bereiken.

Wanneer uit het onderzoek vóór de operatie blijkt dat het gaat om een **cardiatumor** die zó uitgebreid is dat een curatieve operatie niet mogelijk is, zal zelden een operatie worden geadviseerd. Een cardiaresectie is namelijk een grote ingreep, terwijl de klachten van mensen met een cardiatumor vaak ook op een andere manier te verlichten zijn.

### **Voedingsbuisje (endoprothese of stent)**

Mensen met een cardiatumor bij wie een curatieve operatie niet mogelijk is, kunnen op een bepaald moment problemen krijgen met de doorgang van voedsel. In zo'n geval kan worden geadviseerd te bestralen of een voedingsbuisje, ook wel stent genoemd, te laten plaatsen. Een stent zorgt ervoor dat het voedsel weer kan passeren van de slokdarm naar de maag. De stent wordt langs de tumor ter hoogte van de maaguitgang

geplaatst. Meestal wordt de stent ingebracht tijdens een gastroscopie (zie pagina 18).

U kunt een slaapmiddel toegediend krijgen tijdens de gastroscopie. Het plaatsen van een stent is een palliatieve behandeling. Wanneer de stent op de juiste plaats is aangebracht, voelt u het niet zitten.

Het is goed om een aantal maatregelen te nemen om te zorgen dat het buisje niet door voedsel verstopt raakt. In het hoofdstuk 'Voeding' wordt hieraan aandacht besteed. Wanneer u klachten blijft houden of wanneer opnieuw klachten ontstaan, is overleg met uw arts noodzakelijk.

Na het plaatsen van de stent kan het maagzuur makkelijker terugvloeien naar de slokdarm. U kunt hierdoor last krijgen van 'zuurbranden'. Dit is een branderig, drukkend of krampachtig gevoel achter het borstbeen. Wanneer deze klacht optreedt, kunt u dit het beste bespreken met uw arts. Hij kan u adviezen geven en zal u zonodig maagzuurremmende medicijnen voorschrijven.

### **Chemotherapie**

Chemotherapie is de behandeling van kanker met celdodende of celdelingremmende medicijnen: **cytostatica**. Er zijn verschillende soorten cytostatica, elk met een eigen werking. De medicijnen kunnen op verschillende manieren worden toegediend, bijvoorbeeld per infuus, als tablet of per injectie. Via het bloed verspreiden zij zich door uw lichaam en kunnen op vrijwel alle plaatsen kankercellen bereiken.

In combinatie met een operatie wordt chemotherapie steeds vaker curatief toegepast. Eerst worden er (meestal) drie chemokuren gegeven, die ervoor moeten zorgen dat de tumor kleiner wordt, en daarna volgt de operatie waarbij een deel of de hele maag wordt weggehaald.



Chemotherapie wordt bij maagkanker soms toegepast bij mensen met uitzaaiingen of bij mensen bij wie een operatie niet mogelijk is. Dit is onder andere afhankelijk van de leeftijd en conditie van de patiënt. Na een eerste operatie waarbij de tumor niet kon worden weggenomen, kan chemotherapie ook een bijdrage leveren. De tumor wordt dan kleiner. Bij een tweede operatie kan die tumor dan soms wel worden verwijderd.

Veel van deze behandelingen vinden plaats in het kader van onderzoek naar nieuwe behandelingen. In overleg met uw behandelend arts kan soms worden gekozen voor chemotherapie. De te verwachten bijwerkingen en belasting van deze behandeling kunt u het beste met uw arts bespreken.

**Cytostaticakuur** – Meestal worden de cytostatica gedurende een aantal uren toegediend volgens een vastgesteld schema. Hierna volgt een rustperiode van een aantal dagen of weken waarin u geen cytostatica krijgt. Een dergelijk schema van toediening met daarna een rustperiode heet een cytostaticakuur. Zo'n kuur wordt enige malen herhaald.

**Bijwerkingen** – Cytostatica tasten naast kankercellen ook gezonde cellen aan. Daardoor kunnen onaangename bijwerkingen optreden, zoals:

- haaruitval
- misselijkheid en braken
- darmstoornissen
- een verhoogd risico op infecties
- vermoeidheid

Acute misselijkheid en overgeven zijn meestal te bestrijden met medicijnen.

De bijwerkingen verminderen meestal geleidelijk nadat de cytostaticatoediening is beëindigd.

Of u last krijgt van bijwerkingen van chemotherapie hangt onder meer af van de soorten en hoeveelheden cytostatica die u krijgt.

### **Bestraling (radiotherapie)**

Bestraling wordt na een maagoperatie vaak in combinatie met chemotherapie toegepast (chemoradiatie, zie hierna). Dit gebeurt in onderzoeksverband.

Soms wordt radiotherapie toegepast omdat een operatie niet mogelijk is en de patiënt klachten van de tumor heeft, bijvoorbeeld bloedverlies uit de maag of de restmaag. Ook kunnen uitzaaiingen die klachten geven soms worden bestraald. De bestraling heeft als doel klachten te verminderen. Het gaat dan om een **palliatieve** behandeling.

Bestraling is een plaatselijke behandeling met als doel de kankercellen te vernietigen, terwijl de gezonde cellen zo veel mogelijk gespaard blijven. Kankercellen verdragen straling slechter dan gezonde cellen en herstellen zich er minder goed van. Gezonde cellen herstellen zich over het algemeen wel.

**Bijwerkingen** – Bestraling beschadigt niet alleen kankercellen, maar ook gezonde cellen in het bestraalde gebied. Daardoor kunt u met bijwerkingen te maken krijgen.

- Over het algemeen hebben patiënten tijdens de bestralingsperiode last van vermoeidheid.
- Een andere veelvoorkomende bijwerking is een plaatselijke reactie van de huid. Er kan een rode of donker verkleurde huid ontstaan op de plek waar u bent bestraald.

De meeste klachten verdwijnen meestal enkele weken na afloop van de behandeling. Sommige mensen merken echter nog lang na hun behandeling dat zij eerder vermoeid zijn dan vóór hun ziekte.

Op de bestralingsafdeling krijgt u gerichte adviezen om zo min mogelijk last van de bijwerkingen te hebben.

### **Chemoradiatie**

In toenemende mate wordt na de operatie een behandeling gegeven die bestaat uit **gelijktijdige** bestraling van de bovenbuik en chemotherapie (chemoradiatie).

Vooralsnog vindt deze behandeling plaats in onderzoeksverband.

Er wordt onderzocht welke behandeling het beste effect heeft: alleen chemotherapie na de operatie, of chemotherapie in combinatie en gelijktijdig met bestraling.

### **Afzien van behandeling**

Het kan gebeuren dat bij u of bij uw arts de indruk bestaat, dat de belasting of de mogelijke bijwerkingen of gevolgen van een behandeling niet (meer) opwegen tegen de te verwachten resultaten.

Hierbij zal het doel van de behandeling vaak een rol spelen. Het maakt natuurlijk verschil of de behandeling curatief of palliatief bedoeld is of dat er sprake is van een adjuvante (= onderdeel van een curatieve) behandeling.

Bij een curatieve behandeling accepteert u misschien meer bijwerkingen of gevolgen.

Als een palliatieve behandeling wordt geadviseerd, zult u de kwaliteit van uw leven bij uw beslissing willen betrekken.

Als u twijfelt aan de zin van (verdere) behandeling, bespreek dit dan in alle openheid met uw specialist of huisarts. Iedereen heeft het recht om af te zien van (verdere) behandeling.

Uw arts zal u de noodzakelijke medische zorg en begeleiding blijven geven om de hinderlijke gevolgen van uw ziekte zo veel mogelijk te bestrijden.

## **Verloop van de ziekte**

Bij maagkanker is het moeilijk aan te geven wanneer iemand echt genezen is. Ook na een in opzet curatieve behandeling bestaat het risico dat de ziekte terugkomt. We spreken daarom liever niet van 'genezingspercentages' maar van 'overlevingspercentages'. Daarbij wordt meestal een periode van vijf jaar vanaf de diagnose aangehouden. Het risico op terugkeer is doorgaans kleiner naarmate de periode dat de ziekte niet aantoonbaar is, langer duurt.

De **vijfjaarsoverlevingspercentages** voor maagkanker lopen sterk uiteen, afhankelijk van het stadium van de ziekte als deze wordt vastgesteld.

Maagkanker wordt over het algemeen niet in een vroeg stadium ontdekt, omdat de ziekte in het begin weinig of geen klachten geeft. Hierdoor is een curatieve aanpak vaak niet mogelijk en is gemiddeld 20% van **alle** patiënten met maagkanker na vijf jaar nog in leven.

Ongeveer 50% van de patiënten die een curatieve operatie hebben ondergaan, is na vijf jaar nog in leven.

Bij mensen bij wie de tumor beperkt is gebleven tot het slijmvlies van de maag, is de vijfjaarsoverleving na de operatie ongeveer 80%.

Wanneer de tumor is doorgegroeid tot in het buikvlies dat de maag bekleedt, daalt de kans op overleving aanzienlijk.

Overlevingspercentages voor een groep patiënten zijn niet zomaar naar uw individuele situatie te vertalen. Wat u persoonlijk voor de toekomst mag verwachten, kunt u het beste met uw behandelend arts bespreken.

## Onderzoek naar nieuwe behandelingen

### Vermoeidheid

Vermoeidheid kan ontstaan door kanker en/of de behandeling van kanker. Steeds meer mensen geven aan hiervan last te hebben. Sommigen krijgen enige tijd na de behandeling nog last van (extreme) vermoeidheid. De vermoeidheid kan lang aanhouden. Wanneer de ziekte vergevorderd is, kan de vermoeidheid ook te maken hebben met het voortschrijdende ziekteproces.

Artsen en onderzoekers proberen behandelingen van kanker te verbeteren. Daarvoor is onderzoek nodig, ook bij mensen met maagkanker.

Een verbeterde behandeling vernietigt meer kankercellen en/of heeft minder bijwerkingen of andere nadelige gevolgen.

In het ziekenhuis wordt misschien ook wel gesproken over 'wetenschappelijk onderzoek', 'vergelijkend onderzoek', 'experimentele behandeling', 'studie' of het Engelse woord 'trial'. Met al deze termen bedoelt men een mogelijk nieuwe behandeling waarvan nog moet worden bewezen of die betere resultaten oplevert dan de op dat moment meest gebruikelijke behandeling (de **standaardbehandeling**).

Onderzoek naar een nieuwe behandeling duurt jaren. Het gebeurt op een wetenschappelijk verantwoorde manier, zeer zorgvuldig en stap voor stap. In de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen staat onder welke voorwaarden wetenschappelijk onderzoek bij mensen mag plaatsvinden.

### Medisch-ethische toetsingscommissie (METC)

Elk onderzoeksvoorstel wordt in het ziekenhuis beoordeeld door een toetsingscommissie. Die commissie gaat na of het betreffende onderzoek voldoet aan de wettelijke voorwaarden. De toetsingscommissie bestaat uit artsen en andere zorgverleners.

### Verschillende fasen

Onderzoek naar nieuwe behandelingen met medicijnen of nieuwe combinaties van bestaande behandelingen begint in kweekbakjes in het laboratorium en bij dieren. Daarna test men de nieuwe behandeling bij mensen met kanker.

Onderzoek naar nieuwe manieren van opereren start meestal door die direct toe te passen bij een kleine groep patiënten.

Eerst wordt bij kleine aantallen patiënten onderzocht hoe zij de nieuwe behandeling verdragen (**fase I onderzoek**). Bij geneesmiddelenonderzoek bestuderen de onderzoekers in deze fase ook:

- Hoe het medicijn zich in het menselijk lichaam gedraagt.
- Welke dosering te verdragen is.
- Welke toedieningsvorm het meest geschikt is.

De volgende stap is **fase II** onderzoek. Bij een andere groep patiënten gaan de onderzoekers dan na of de nieuwe behandeling of nieuwe combinatie van behandelingen kankercellen vernietigt en bij welk percentage van de patiënten dat gebeurt.

Als fase II onderzoek de aanwijzing geeft dat de behandeling werkt, moet dit bewezen worden in **fase III** onderzoek.

Hierbij vergelijkt men de standaardbehandeling met de nieuwe behandeling. Een grote groep patiënten krijgt de standaardbehandeling. Een even grote, andere groep krijgt de nieuwe behandeling. Door loting (randomisatie) wordt bepaald wie in welke groep terechtkomt.

Als u aan een fase III onderzoek deelneemt, weten u en uw specialist vooraf niet welke behandeling u krijgt: de standaardbehandeling of de nieuwe behandeling. Door te loten voorkomt men dat het samenstellen van de groepen door wie dan ook wordt beïnvloed. Dat zou de resultaten van het onderzoek onbetrouwbaar maken omdat de twee groepen patiënten dan niet vergelijkbaar zijn.

Het hangt van de opzet van de studie af of u daarna wel weet welke behandeling u krijgt. Soms wordt dat pas bekend gemaakt nadat alle onderzoeksgegevens zijn verzameld.

## **Instemming met deelname**

Deelname aan een onderzoek naar een nieuwe behandeling is geheel vrijwillig. U bepaalt zelf of u wel of niet meedoet en pas nadat u uitvoerige informatie heeft gekregen. Meedoen aan zo'n onderzoek kan emotioneel belastend voor u zijn. Bijvoorbeeld als u wordt uitgeloot voor de nieuwe behandeling.

Als u meedoet, dan maakt u dat kenbaar door het ondertekenen van een formulier. Die instemming heet 'informed consent'. Dat betekent dat u uw besluit om mee te doen genomen heeft op basis van voldoende en begrijpelijke informatie.

Uw handtekening betekent niet dat u uw deelname niet meer kunt terugdraaien. U heeft op elk moment het recht en de mogelijkheid om uw deelname te beëindigen. Wel is het verstandig eerst met uw specialist te spreken voordat u stopt. Het plotseling staken van een behandeling kan namelijk bepaalde risico's hebben.

## **Nederlandse Kankerregistratie**

Om wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen, zijn vaak gegevens nodig van mensen die nu kanker hebben. Deze gegevens worden bijeengebracht in de Nederlandse Kankerregistratie die wordt verzorgd door de integrale kankercentra.

Medewerkers van de integrale kankercentra registreren de benodigde gegevens in ziekenhuizen aan de hand van de medische dossiers. Zij verzamelen informatie over onder andere de ziekte, de behandelingen en het verdere verloop. Ook uw naam en geboortedatum worden in de registratie opgenomen.

Deze privacygevoelige gegevens worden zorgvuldig afgeschermd. Dat wil zeggen:

- De gegevens worden in een 'versleutelde' vorm onherkenbaar gemaakt, zodat ze niet zonder meer tot één persoon te herleiden zijn.
- Alleen speciaal bevoegde werknemers met geheimhoudingsplicht hebben toegang tot deze gegevens.

Als u niet wilt dat uw gegevens worden geregistreerd, kunt u dit melden aan uw behandelend arts. Deze noteert het bezwaar in uw dossier en zorgt ervoor dat uw gegevens niet worden geregistreerd.

Wilt u meer weten over de kankerregistratie? Vraag dan de folder **Registratie van kanker: van groot belang** aan (zie pagina 57).

## Pijn

Maagkanker kan pijn veroorzaken. In het begin van de ziekte hebben veel mensen geen pijn. Als de ziekte zich uitbreidt en er sprake is van uitzaaiingen, kan wel pijn optreden.

Pijn is een ingewikkeld verschijnsel. Er treedt een pijnprikkel op, bijvoorbeeld omdat een tumor op een zenuw drukt. Deze pijnprikkel gaat via de zenuwbanen naar de hersenen. Er komt als het ware een telefoonverbinding tot stand tussen de pijnlijke plaats en de hersenen. Daardoor voelt u pijn. Naast lichamelijke kanten zitten er ook emotionele en sociale kanten aan pijn. Iedereen ervaart het op een andere manier.

Over pijn bij kanker bestaan nogal wat misverstanden. Zo wachten mensen vaak (te) lang met het gebruiken van pijnstillers. Ze zijn bijvoorbeeld bang dat niets meer voldoende helpt als de pijn toeneemt. Of ze zijn bang om verslaafd te raken. Die opvatting is gebaseerd op een misverstand.

Pijn kan grote invloed hebben op uw leven. Daarom is het belangrijk pijnklachten met uw arts te bespreken. Praten over pijn is geen zeuren. Bij het behandelen van pijnklachten zal in eerste instantie worden gekeken naar de oorzaak van de pijn en of deze kan worden weggenomen. Dit is niet altijd mogelijk, maar wel kan de pijn meestal worden verminderd of draaglijk worden gemaakt.

Het gaat erom een pijnbehandeling te vinden die uw pijn onderdrukt en zo min mogelijk bijwerkingen geeft. Bij pijnstillers is het belangrijk om de voorgeschreven dosis op regelmatige tijden in te nemen. Pijnstillers werken namelijk het beste wanneer hiervan steeds een bepaalde hoeveelheid in het lichaam aanwezig is.

Er zijn pijnstillers in de vorm van tabletten, capsules, drankjes, injecties, pleisters of zepillen. Pijnstillers kunnen ook met behulp van een pompje rechtstreeks in een bloedvat, in de huid (subcutaan) of via het ruggenwervelkanaal worden toegediend. Daarnaast zijn er nog andere mogelijkheden om pijn te behandelen, waaronder bestraling, chemotherapie of een plaatselijke onderbreking van de zenuw die de pijn geleidt. Ontspanningsoefeningen en fysiotherapie kunnen ook bijdragen om de pijn te verlichten of ondersteuning geven om beter met uw pijn om te gaan.

### **Wisselwerking gevoelens en klachten**

Pijn hoeft niet altijd het gevolg te zijn van de ziekte. Angst, paniek of boosheid kunnen ook een rol spelen. Boosheid om wat u overkomt. Angst om afhankelijk te worden van anderen of angst voor de dood. Allerlei gevoelens die door uw ziekte worden opgeroepen, kunnen uw lichamelijke klachten versterken. En andersom: wanneer het mogelijk is een deel van die angsten en spanningen weg te nemen, kan pijn verminderen.

## **Voeding**

Goede voeding is voor iedereen belangrijk, maar zeker als u kanker heeft is het zaak extra alert te zijn op wat u eet en drinkt. In een goede voedingstoestand kunt u de behandeling doorgaans beter aan en heeft u minder kans op complicaties. Om uw gewicht en conditie op peil te houden, gaat het erom voldoende energie (calorieën), eiwitten, vocht en voedingsstoffen zoals vitamines en mineralen binnen te krijgen. Soms ontstaan door een behandeling problemen met eten, omdat bijwerkingen zoals slechte eetlust en misselijkheid het eten moeilijk maken. Meestal zijn deze bijwerkingen tijdelijk.

Voldoende drinken is van belang. Er is vocht nodig om de afvalstoffen via de nieren af te voeren. Daarom is het goed 1,5 tot 2 liter vocht per dag te gebruiken (2 liter = 10 glazen of 13 kopjes).

### **Controleer uw gewicht**

Aan uw gewicht kunt u zien of uw voeding voldoende calorieën levert. Door uzelf regelmatig te wegen, bijvoorbeeld één keer per week, kunt u bijhouden of u afvalt of aankomt.

**Ongewenst gewichtsverlies** – Een probleem dat veel voorkomt bij kanker, is ongewenst gewichtsverlies. Als u afvalt, kan dat betekenen dat de ziekte of de behandeling meer energie vraagt. Of misschien bent u ongemerkt minder gaan eten. Door de tumor komen er stoffen in het lichaam vrij die invloed hebben op de stofwisseling en eetlust. Uw eetlust wordt minder, terwijl de behoefte aan energie (brandstoffen) juist toeneemt. Praat met uw arts of verpleegkundige over uw voeding wanneer u in korte tijd bent afgevallen: meer dan drie kilo binnen een maand, of zes kilo binnen een half jaar.

Overleg ook met hen wanneer u moeite heeft voldoende te drinken of wanneer het u niet meer lukt voldoende voedingsstoffen binnen te krijgen. Dan kan het zinvol zijn om de gebruikelijke voeding aan te vullen met dieetpreparaten of over te gaan op drinkvoeding. Overleg met uw behandelend arts of diëtist of dat ook in uw situatie een goede keuze is.

Het ziekteproces zelf kan eveneens vermagering veroorzaken. De lichaamsfuncties raken ontregeld, waardoor de gebruikte voeding minder goed wordt benut. Indien de tumor niet meer kan worden behandeld en de ziekte verergert, is achteruitgang van de voedingstoestand nauwelijks te voorkomen. Het is dan ook niet zinvol meer om te blijven wegen.

Heeft u wel voldoende eetlust? Probeer dan goed te blijven eten. Kies voeding waarvan u nog zo veel mogelijk kunt genieten, want het genoeg dat (samen) eten en drinken u kan bieden, is ook belangrijk.

### **Specifieke voedingsproblemen**

De maag heeft een functie bij de opslag van het voedsel. Na het eten wordt het voedsel tijdelijk in de maag opgeslagen en vermengd met maagsap voordat het verteerd wordt in de darm. Eet daarom rustig en kauw goed om de vertering en opname zo optimaal mogelijk te laten verlopen.

Afhankelijk van het type operatie dat is verricht, kunnen er moeilijkheden met eten optreden. Het spijsverteringskanaal past zich na verloop van tijd aan de nieuwe situatie aan. Het is daarom de moeite waard om producten die vlak na de operatie last veroorzaakten, na een paar weken opnieuw te proberen. Meestal kan men een aantal producten na verloop van tijd weer verdragen en kunnen langzamerhand wat grotere hoeveelheden worden gegeten.

Veel mensen zijn in staat hun eetgewoonten aan te passen en weten zelf op den duur het beste wat goed en minder goed gaat.

De volgende klachten en problemen kunnen zich voordoen na een operatie waarbij (een deel van) de maag is verwijderd.

**Kleine maag** – Wanneer (een deel van) de maag is weggenomen, is de opslagcapaciteit van de maag verminderd. Als gevolg hiervan kunt u na een kleine maaltijd al het gevoel hebben vol te zijn. Om toch voldoende voeding binnen te krijgen, is het goed elke twee uur iets te eten en de voeding over ten minste zes tot negen kleine maaltijden te verdelen.

**Dumpingsyndroom** – Na een operatie waarbij een (deel van) de maag en soms ook de sluitspier van de maag naar de darm (pylorus) is verwijderd (maagsectie), komt het eten en drinken sneller en in grotere hoeveelheden in de dunne darm terecht. Dit noemt men 'dumping'. Dit kan een aantal lichamelijke reacties geven, die gepaard gaan met bepaalde klachten: het dumpingsyndroom.

Na het eten kunt u dan last krijgen van de volgende klachten:

- misselijkheid
- buikpijn
- braken
- diarree
- hartkloppingen
- sterk transpireren
- neiging tot flauwvallen
- beverigheid
- sterk hongergevoel

De klachten treden meestal een half uur (vroeg dumping) na de maaltijd op, maar kunnen ook na

anderhalf tot twee uur (late dumping) optreden. Dumpingklachten kunnen direct na de operatie ontstaan maar ook pas na verloop van tijd. Overigens krijgt niet iedereen te maken met deze klachten.

Door de voeding in zeer kleine porties over de hele dag en avond te verdelen, wordt voorkomen dat te grote hoeveelheden tegelijkertijd in de dunne darm komen.

Veel drinken bij vaste voeding zorgt er ook voor dat het eten snel in de dunne darm terechtkomt. Daarom is het verstandig om bij een maaltijd niet meer dan één kopje vocht te gebruiken.

Ook is het goed om bij het drinken (soep, koffie, thee, etc.) een kleinigheid te eten, zoals een toastje, biscuitje of koekje. Het vocht wordt daardoor wat gebonden, waardoor het minder snel naar de dunne darm gaat.

Ernstige dumpingklachten kunnen optreden na gebruik van te veel 'snel opneembare' suikers zoals 'gewone' suiker en vruchtensuiker. Wees daarom matig met limonade, vruchtendranken (appelsap, druivensap, sinaasappelsap), frisdranken, snoep en koek en de hoeveelheid suiker in koffie en thee.

Soms treden dumpingklachten op na gebruik van melk en melkproducten. Melk bevat melksuiker (lactose), dat ook een snel opneembare suiker is. Per dag wordt aanbevolen 400 - 500 ml melkproducten te gebruiken voor de benodigde hoeveelheid vitamines en mineralen. Gebruikt u veel meer melkproducten, verminder dit dan eerst tot de aanbevolen hoeveelheid.

Houden de klachten aan, dan kunnen zure melkproducten zoals yoghurt, karnemelk en kwark een goede vervanging zijn. Deze producten geven meestal minder klachten omdat ze minder lactose bevatten.

Sojaproducten zoals sojamelk en -vla bevatten geen lactose. Ze zijn een goede vervanger voor melkproducten.

Hoewel kaas van melk is gemaakt, bevat kaas geen lactose. U kunt kaas daarom blijven gebruiken. Het is niet verstandig om helemaal geen melkproducten of sojaproducten te gebruiken. U loopt dan kans onvoldoende eiwitten en calcium binnen te krijgen.

**Diarree** – Na een (gedeeltelijke) maagverwijdering passeert het voedsel sneller de maag en de dunne darm. Soms wordt het eten daardoor minder goed met gal en vloeistof van de alvleesklier vermengd en daardoor slechter verteerd. Door die slechtere vertering kan diarree ontstaan.

Door de voeding in kleine porties over de dag te verdelen, wordt de spijsvertering minder belast en verloopt daardoor beter. Voedingsvezels uit brood, groente en fruit houden het vocht vast en zorgen er mogelijk voor dat het ontlastingspatroon beter wordt. Het is niet goed om vetarm te gaan eten. Het gewichtsverlies wordt dan nog groter en de diarree niet minder. Als u ondanks de aanpassingen in uw voedingspatroon nog ernstige diarree blijft houden, bespreek dit dan met uw arts. Uw arts kan medicijnen voorschrijven waardoor de voeding beter wordt verteerd en opgenomen.

**Braken van gal** – Na een distale maagresectie (zie pagina 28) kan het voorkomen dat het afvloeien van gal naar de dunne darm moeilijk verloopt. Hierdoor kunnen na de maaltijd klachten optreden als:

- krampen in de rechterbovenbuik
- een opgezet gevoel
- braken van gal

Door vaak een kleine maaltijd te gebruiken en na de maaltijd op de linkerzij te gaan liggen, wordt het afvloeien van gal bevorderd.



**Vitamine B12 tekort** – Wanneer de maag geheel of gedeeltelijk is verwijderd, wordt er onvoldoende ‘intrinsieke factor’ gevormd. Intrinsieke factor is nodig om vitamine B12 vanuit de dunne darm te kunnen opnemen in het bloed.

Iedere patiënt bij wie de maag geheel of gedeeltelijk is verwijderd krijgt op termijn te maken met een B12-tekort.

Een langdurig B12-tekort leidt tot beschadigingen van het zenuwstelsel, die gedeeltelijk onherstelbaar zijn. Daarom krijgt u na de operatie vitamine B12 toegediend. Dit gebeurt via de huisarts door middel van injecties, meestal eens per twee maanden. Vraag uw arts er zelf naar als hij er niet over begint. Het is verstandig zelf het initiatief te nemen om regelmatig uw B12-waarde te laten controleren om een tekort uit te sluiten.

**Voeding bij zuurbranden** – Zuurbranden ontstaat doordat de sluitspier tussen de maag en de slokdarm niet goed functioneert of ontbreekt en er maagzuur in de slokdarm komt.

U kunt letten op het volgende:

- Zorg dat u tijdens en vlak na het eten zo veel mogelijk rechtop zit. Als u toch graag wilt liggen, zorg er dan voor dat het hoofdeinde hoger is dan het voeteneinde.
- Gebruik veelvuldig kleine maaltijden.
- Gebruik binnen twee uur voor het slapengaan geen maaltijd meer.
- Mogelijk kunnen bepaalde voedingsmiddelen het zuurbranden verergeren of opwekken. Bespreek dit met uw diëtist.

**Voeding bij een stent** – Wanneer er bij u een stent (endoprothese) is geplaatst, is het belangrijk dat deze niet verstopt raakt. Dit kunt u voorkomen door:

- Rustig te eten.
- Voedsel goed te kauwen, snijden of prakken.
- Altijd iets te drinken bij de maaltijden.
- Meteen iets te drinken als u het idee heeft dat het eten niet snel genoeg zakt.
- Voorzichtig te zijn met voedingsmiddelen die de stent kunnen verstoppelen.

Denk aan:

- Biefstuk, draderig rundvlees, draderige vleeswaren zoals rookvlees, rosbeef en fricandeau.
- Grote harde stukken groente en fruit zoals rauwkost, appel, partjes sinaasappel en mandarijn.
- Draderige en taaie groente zoals bleekselderij, rabarber, asperges, taugé en champignons.
- Zuurtjes, drop, toffee en noten.
- Kleffe voedingsmiddelen zoals (vers) witbrood, witte bolletjes en pannenkoeken.
- Een uur na de maaltijd de stent ‘schoon te spoelen’ door te drinken. Opboeren van lucht kan een gevoel van opluchting geven. Koolzuurhoudende dranken bevorderen dit.

Wanneer u ondanks de genoemde maatregelen het gevoel blijft houden dat het eten achter het borstbeen ‘blijft steken’, is overleg met uw arts noodzakelijk.

Dit geldt ook als u blijft braken.

### **Voedingsproblemen bij patiënten die geen behandeling krijgen**

Problemen die dan kunnen voorkomen zijn:

- verminderde eetlust
- afkeer van bepaald voedsel
- pijn bij het eten
- braken
- vermoeidheid

Dit maakt goed eten vaak moeilijk. Een oplossing kan zijn om uw voeding aan te vullen met dieetpreparaten of gebruik te maken van volledige drinkvoeding. Uw diëtist kan daarover advies geven. Soms kan sondevoeding uitkomst bieden.

### **Speciale voeding of dieet**

Er zijn mensen met kanker die als aanvulling op de behandeling van het ziekenhuis speciale voeding, een dieet, extra vitamines en mineralen of voedings-supplementen willen gebruiken.

Wetenschappelijk onderzoek heeft tot nu toe niet aannemelijk gemaakt dat een bepaald eetpatroon of dieet een eenmaal ontstaan kankerproces gunstig kan beïnvloeden.

Maar als het u aanspreekt, kan het wel een steun voor u betekenen. Omdat u misschien zelf iets wilt doen, omdat u ervaart zo invloed op uw situatie te kunnen uitoefenen of omdat het past bij uw kijk op het leven. Meestal is het mogelijk om ook met een alternatief dieet uw gewicht en conditie op peil te houden. Het kan echter voorkomen dat u door uw ziekte en/of behandeling moeite heeft met eten. Het kan ook gebeuren dat u door uw ziekte en/of behandeling voor korte of langere tijd niet normaal mag of kunt eten. Kortom, uw voeding moet worden aangepast aan uw medische en persoonlijke situatie.

Voedingssupplementen zijn soms een nuttige aanvulling, maar ze kunnen ook schadelijk zijn als u te veel van bepaalde stoffen binnenkrijgt. Overleg daarom altijd met uw arts en diëtist wanneer u erover denkt om een speciaal dieet of voedings-supplementen te gebruiken.

## **Seksualiteit**

Kanker en seksualiteit, dat is op het eerste gezicht misschien een wat merkwaardige combinatie. Immers, bij seksualiteit denken we aan plezier en ontspanning, terwijl kanker het tegenovergestelde beeld oproept. Bovendien, als je kanker hebt, heb je wel iets anders aan je hoofd dan seks, denkt u misschien. Dat is zeker zo wanneer u net weet dat u kanker heeft of als u een behandeling ondergaat. Maar na verloop van tijd hoort seksualiteit er vaak weer bij. Het kan dan tijd kosten voor er ook weer seksueel contact is.

Als er beperkingen op seksueel gebied zijn gekomen, moet ook uw partner zich aanpassen. Uw relatie kan hierdoor onder druk komen te staan. Al is het soms moeilijk om er woorden voor te vinden, toch kan het helpen om elkaar te vertellen waar u op dat moment behoefte aan heeft en waarover u zich onzeker voelt. Zo scheidt u een sfeer van vertrouwen, waarin u samen kunt zoeken naar nieuwe mogelijkheden.

Wanneer u een nieuwe, intieme relatie wilt aangaan, kan dat door de ziekte en de behandeling minder vanzelfsprekend zijn. Vooral als er sprake is van veranderingen in het uiterlijk kan contact maken moeilijk zijn. Maar ook door minder direct zichtbare veranderingen kan er schroom zijn om aan een nieuwe relatie te beginnen. Want wanneer vertelt u dat u kanker heeft of heeft gehad? Wanneer geeft u zich letterlijk en figuurlijk bloot? Een kwestie van aftasten en zoeken naar een geschikt moment.

Seksuele veranderingen en problemen kunnen zo ingrijpend zijn dat u niet zonder advies en steun van anderen kunt. Afhankelijk van de aard en de ernst van de problemen kunt u hulp vragen aan lotgenoten, uw (huis)arts of een seksuoloog. Vaak moet u hier zélf over beginnen. Ook al moet u misschien over een drempel heen, vraag tijdig om hulp als u er zelf niet uit komt.

## Een moeilijke periode

Leven met kanker is niet vanzelfsprekend. Dat geldt voor de periode dat er onderzoeken plaatsvinden, het moment dat u te horen krijgt dat u kanker heeft en de periode dat u wordt behandeld.

Na de behandeling is het meestal niet eenvoudig de draad weer op te pakken. Ook uw partner, kinderen, familieleden en vrienden krijgen veel te verwerken. Vaak voelen zij zich machteloos en wanhopig, en zijn bang u te verliezen.

Er bestaat geen pasklaar antwoord op de vraag hoe u het beste met kanker kunt leven. Iedereen is anders en elke situatie is anders. Iedereen verwerkt het hebben van kanker op zijn eigen manier en in zijn eigen tempo. Uw stemmingen kunnen heel wisselend zijn. Het ene moment bent u misschien erg verdrietig, het volgende moment vol hoop.

Misschien raakt u door de ziekte en alles wat daarmee samenhangt uit uw evenwicht. U heeft het gevoel dat alles u overkomt en dat u zelf nergens meer invloed op heeft.

De onzekerheden die kanker met zich meebrengt, zijn niet te voorkomen. Er spelen vragen als: slaat de behandeling aan, van welke bijwerkingen zal ik last krijgen en hoe moet het straks verder.

U kunt wel meer grip op uw situatie proberen te krijgen door goede informatie te zoeken, een dagboek bij te houden of er met anderen over te praten: met mensen uit uw omgeving, uw (huis)arts of (wijk)verpleegkundige.

Er zijn ook mensen die alles liever over zich heen laten komen en hun problemen en gevoelens voor zich houden. Bijvoorbeeld omdat zij een ander er niet mee willen belasten of gewend zijn alles eerst zelf uit te zoeken.

### Extra ondersteuning

Een aantal mensen komt niet zelf uit de moeilijkheden. Naast de steun van partner, kinderen en bekenden en de zorg van artsen en gespecialiseerde verpleegkundigen, hebben zij meer nodig om de situatie het hoofd te kunnen bieden.

Sommigen zouden graag extra ondersteuning willen hebben van een deskundige om stil te staan bij wat hen allemaal is overkomen.

Zowel in als buiten het ziekenhuis kunnen zorgverleners, zoals sociaal verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen of geestelijk verzorgers, u extra begeleiding bieden.

In sommige plaatsen in Nederland zijn speciale organisaties voor emotionele ondersteuning gevestigd. Over ondersteuning en begeleiding buiten het ziekenhuis door gespecialiseerde therapeuten kan uw huisarts u adviseren.

### Contact met lotgenoten

Een aantal patiënten stelt contact met medepatiënten op prijs. Het uitwisselen van ervaringen en het delen van gevoelens met iemand in een vergelijkbare situatie kunnen helpen de moeilijke periode door te komen. Lotgenoten hebben vaak aan een half woord genoeg om elkaar te begrijpen. Daarnaast kan het krijgen van praktische informatie belangrijke steun geven.

Maar anderen vinden contact met medepatiënten te confronterend of hebben er geen behoefte aan.

Sommige mensen kennen zelf andere patiënten uit hun kennissen- of vriendenkring of ontmoeten hen op een andere manier, bijvoorbeeld op de polikliniek van het ziekenhuis.

Anderen ontmoeten elkaar op internet, bijvoorbeeld via een internetforum. Maar contact met lotgenoten kan ook tot stand komen via een patiëntenorganisatie. Zo'n contact kan bestaan uit telefonisch contact,

e-mail contact, een persoonlijk gesprek of deelname aan groepsbijeenkomsten.

Kijk voor meer informatie op [www.kankerpatient.nl](http://www.kankerpatient.nl).

**Stichting DOORGANG** – Deze stichting is bedoeld voor mensen met kanker in het spijsverteringskanaal, zoals maagkanker. Naast het bevorderen van lotgenotencontact, verzamelt en verstrekt de stichting informatie over nieuwe ontwikkelingen op medisch en sociaal gebied.

Voor informatie kunt u contact opnemen met:

**Stichting DOORGANG**

p/a Nederlandse Federatie van  
Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)

Postbus 8152

T secretariaat (088) 002 97 75

3503 RD Utrecht

[secretariaat@stichtingdoorgang.nl](mailto:secretariaat@stichtingdoorgang.nl)

[www.kankerpatient.nl/doorgang](http://www.kankerpatient.nl/doorgang)

[www.stichtingdoorgang.nl](http://www.stichtingdoorgang.nl)

**Voor informatie over lotgenotencontact:**

KWF Kanker Infolijn: 0800 - 022 66 22 (gratis)

(ma – vrij: 9.00 - 12.30 en 13.30 - 17.00 uur).

U kunt ook informeren of er lokale of regionale bijeenkomsten of een gespreksgroep bij u in de buurt worden georganiseerd. Er zijn bijeenkomsten en gespreksgroepen voor mensen met uiteenlopende soorten kanker en hun naasten over verschillende thema's. Er zijn ook groepen speciaal gewijd aan 'omgaan met spanning' en revalidatie. Steeds vaker worden er activiteiten voor lotgenoten georganiseerd.

**Thuiszorg**

Wanneer u hulp bij het huishouden of lichamelijke zorg nodig heeft, kunt u een beroep doen op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Zorg

zonder Verblijf (voorheen thuiszorg). Om hiervoor in aanmerking te komen heeft u een indicatie nodig. Deze indicatie kunt u aanvragen bij het Wmo-loket van uw gemeente of bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het is verstandig om tijdig met uw huisarts of wijkverpleegkundige te overleggen welke hulp en ondersteuning nodig is en hoe die het beste geboden kan worden.

Voor het ontvangen van zorg in het kader van de Wmo en Zorg zonder Verblijf bent u een eigen bijdrage verschuldigd. Met vragen over de eigen bijdrage kunt u bellen met 0800-1925 (gratis). Dit nummer is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur. Of kijk op [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl).

Er bestaan ook particuliere thuiszorgbureaus. Overleg vooraf met uw zorgverzekeraar in hoeverre de kosten worden vergoed.

## Wilt u meer informatie?

Heeft u vragen naar aanleiding van deze brochure, blijf daar dan niet mee lopen. Vragen over uw persoonlijke situatie kunt u het beste bespreken met uw specialist of huisarts. Vragen over medicijnen kunt u ook stellen bij uw apotheek.

### KWF Kankerbestrijding

Patiënten en hun naasten met vragen over de behandeling, maar ook met zorgen of twijfels, kunnen op verschillende manieren met onze voorlichters in contact komen:

- U kunt bellen met onze **gratis KWF Kanker Infolijn: 0800 - 022 66 22** (ma – vrij: 9.00 - 12.30 uur en 13.30 - 17.00 uur).
- U kunt via onze site **[www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl)** een vraag stellen op het tijdstip dat het u het beste uitkomt. Klik daarvoor op 'Contact' bovenin de homepage. Uw vraag wordt per e-mail of telefonisch beantwoord.
- U kunt onze voorlichters ook spreken op ons **kantoor**: Delflandlaan 17 in Amsterdam (ma – vrij: 9.00 – 17.00 uur). U kunt daarvoor het beste van tevoren even een afspraak maken.

### Internet en brochures

Op onze website vindt u de meest actuele informatie over allerlei aspecten van kanker.

Onderwerpen die mogelijk interessant voor u zijn:

- Chemotherapie
- Radiotherapie
- Verder leven met kanker
- Kanker...in gesprek met je arts
- Voeding bij kanker
- Pijnbestrijding bij kanker
- Uitzaaiingen bij kanker
- Onderzoek naar nieuwe behandelingen van kanker
- Alternatieve behandelingen bij kanker

- Kanker in de familie, is het erfelijk?
  - Als kanker meer is dan je aankunt
  - Vermoeidheid na kanker
  - Kanker en seksualiteit
  - Kanker...en hoe moet het nu met mijn kinderen?
  - Kanker...als je weet dat je niet meer beter wordt
  - Kanker...als de dood dichtbij is
  - Registratie van kanker: van groot belang (© VIKC)
- Over verschillende onderwerpen hebben we ook gratis brochures beschikbaar.

### Bestellen

U kunt via onze website of de KWF Kanker Infolijn 7 dagen per week, 24 uur per dag kosteloos onze voorlichtingsmaterialen bestellen.

Organisaties en instellingen kunnen uitsluitend schriftelijk of via internet bestellen: [www.kwfkankerbestrijding.nl/bestellen](http://www.kwfkankerbestrijding.nl/bestellen).

### [www.kanker.info](http://www.kanker.info)

Via het portaal [www.kanker.info](http://www.kanker.info) kunt u ook snel en gericht naar betrouwbare informatie over kanker zoeken. Het portaal is een gezamenlijk initiatief van KWF Kankerbestrijding, de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK). Het verbindt de informatie die al voorhanden is op de websites van deze drie organisaties. Daarnaast zijn er links naar andere websites die u ook actuele, betrouwbare en relevante informatie bieden.

### Andere nuttige adressen en websites Integrale kankercentra

In Nederland zijn 8 integrale kankercentra (ikc's). Deze centra bieden ondersteuning aan zorgverleners en patiëntenorganisaties in hun regio. De ikc's hebben als taak om behandeling, zorg en onderzoek

naar nieuwe behandelingen van kanker te verbeteren. De centra organiseren ook activiteiten voor patiënten. Kijk voor meer informatie op [www.iKCnet.nl](http://www.iKCnet.nl).

### **Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)**

Binnen de NFK werken 25 patiëntenorganisaties samen. Zij geven steun en informatie, en komen op voor de belangen van (ex-)kankerpatiënten en hun naasten. De NFK werkt eraan om hun positie in zorg en maatschappij te verbeteren. Het NFK bureau en de kankerpatiëntenorganisaties werken samen met en worden gefinancierd door KWF Kankerbestrijding.

#### **NFK**

Postbus 8152

3503 RD Utrecht

T (030) 291 60 90

[secretariaat@nfk.nl](mailto:secretariaat@nfk.nl)

[www.kankerpatient.nl](http://www.kankerpatient.nl)

Voor informatie over lotgenotencontact, zie pagina 54.

De NFK zet zich in voor mensen die kanker hebben (gehad) en als gevolg van de ziekte en/of de behandeling kampen met ernstige **vermoeidheidsproblemen**. Voor meer informatie: [www.kankerpatient.nl](http://www.kankerpatient.nl), klik op de homepage op 'Thema's' en daarna op 'Vermoeidheid'.

### **Vakantie en recreatie (NBAV)**

De Nederlandse Branchevereniging Aangepaste Vakanties (NBAV) biedt zowel aangepaste vakanties als accommodaties aan voor onder meer kankerpatiënten en hun naasten. Jaarlijks wordt de **Blauwe Gids** uitgegeven, met een overzicht van de mogelijkheden. Deze gids is te bestellen via T (088) 335 57 00 of [www.deblauwegids.nl](http://www.deblauwegids.nl).

### **VraagWelder**

VraagWelder (voorheen Breed Platform Verzekerden en Werk) is er voor iedereen met een gezondheidsprobleem of handicap die informatie zoekt over het krijgen en houden van werk, uitkeringen en het aanvragen van verzekeringen.

#### **VraagWelder**

T (0900) 480 03 00 (ma - vrij: 12.00 - 17.00 uur,

€ 0,30/m)

[www.vraagwelder.nl](http://www.vraagwelder.nl)

### **Erfocentrum**

Het Erfocentrum is het Nationale Kennis- en Voorlichtingscentrum op het gebied van erfelijkheid, erfelijke aandoeningen, zwangerschap en medische biotechnologie.

#### **Erfocentrum**

Postbus 500

3440 AM Woerden

Erfolijn: 0900 - 665 55 66 (€ 0,25/m)

[erfolijn@erfocentrum.nl](mailto:erfolijn@erfocentrum.nl)

[www.erfocentrum.nl](http://www.erfocentrum.nl)

### **Herstel & Balans**

Het programma Herstel & Balans is ontwikkeld op initiatief van de integrale kankercentra in samenwerking met revalidatie-instellingen en kankerpatiëntenorganisaties.

Het gaat om een combinatie van lichaamsbeweging, themabijeenkomsten, informatie en lotgenotencontact. Voor deelname is een verwijzing van uw behandelend arts nodig. Een aantal zorgverzekeraars vergoedt deelname aan Herstel & Balans.

Meer informatie: [www.herstel-en-balans.nl](http://www.herstel-en-balans.nl).

### **IPSO (Instellingen PsychoSociale Oncologie)**

IPSO behartigt de belangen van de bij haar aangesloten leden, waaronder IPSO Attendum (de Inloophuizen) en IPSO Concentris (Therapeutische Centra). Deze instanties bieden patiënten en hun naasten steun bij de verwerking van kanker. Voor meer informatie: [www.ipso.nl](http://www.ipso.nl).

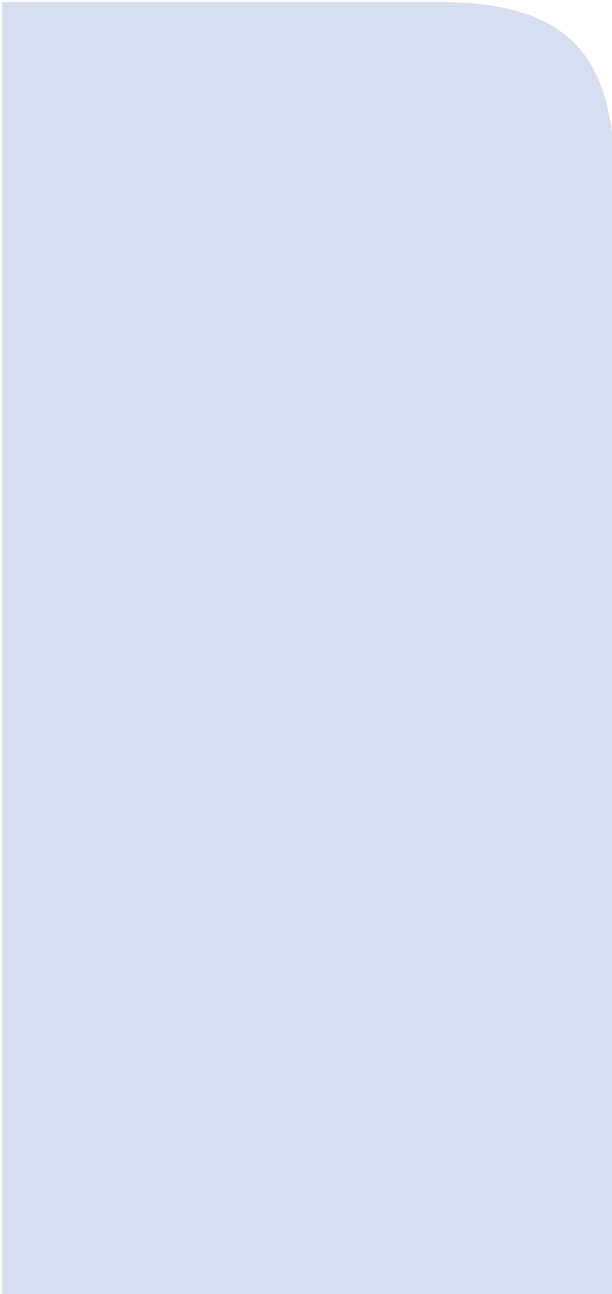
### **Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)**

De NPCF behartigt de belangen van iedereen die gebruikmaakt van de zorg. De organisatie heeft brochures en informatie over patiëntenrecht, klachtenprocedures enzovoort. Voor het boekje over Informatie en toestemming: [www.npcf.nl](http://www.npcf.nl); klik op service; kies voor webwinkel; kies patiëntenrecht.

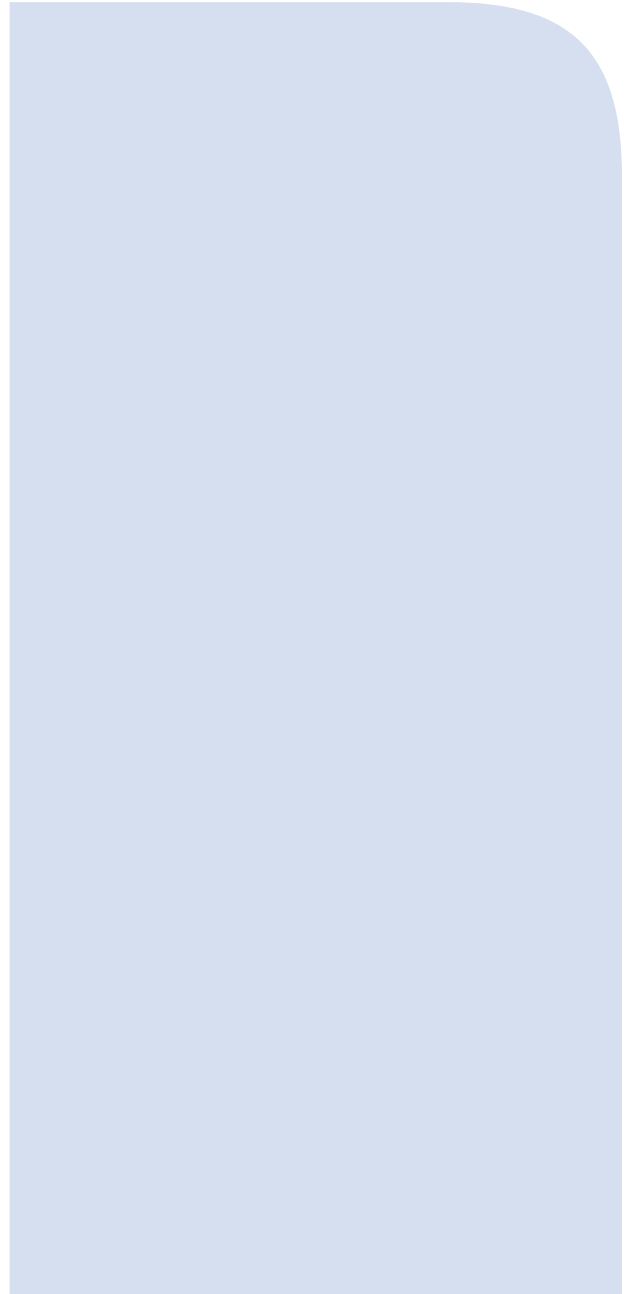
#### **NPCF**

Postbus 1539  
3500 BM Utrecht  
T (030) 297 03 03  
[npcf@npcf.nl](mailto:npcf@npcf.nl)  
[www.npcf.nl](http://www.npcf.nl)

Notities



Notities





# KWF Kankerbestrijding

KWF Kankerbestrijding strijdt samen met patiënten, wetenschappers, collectanten, donateurs, bedrijven en vrijwilligers voor minder kanker, meer genezing en een betere kwaliteit van leven



## KWF Kanker Infolijn

0800 - 022 66 22 (gratis)

Informatie en advies voor kankerpatiënten en hun naasten



## [www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl)

Voor informatie over kanker en het bestellen van brochures



## Bezoekadres (bij voorkeur op afspraak)

Delflandlaan 17, 1062 EA Amsterdam



## Bestellingen door organisaties

Fax verzendhuis: (013) 595 35 66

Internet:

[www.kwfkankerbestrijding.nl/bestellen](http://www.kwfkankerbestrijding.nl/bestellen)

bestelcode F83



Samen voorop in de strijd

